

1. Имеются достоверные различия ($P < 0,05$) по частоте встречаемости эрозий и язв желудка и ДПК у пациентов серопозитивным (23,3%; 95% ДИ: 17,9-28,7%) и серонегативным (10,8%; 95% ДИ: 5,3-16,2%) ревматоидным артритом.
2. Для определения влияния ревматоидного фактора на риск развития эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов ревматоидным артритом, принимающих НПВС, необходимо увеличить группу исследуемых пациентов.

Литература:

1. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
2. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition / C.J.L. Murray [et al.] // The Lancet. – 2015.
3. Gastrointestinal complications of anti-rheumatic drugs / J. Font [et al.] // Digestive Involvement in Systemic Autoimmune Diseases. – 2011. – Vol. 8. – P. 243.

ОКОЛОСЕРДЕЧНАЯ ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ ТКАНЬ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

***Пиманов С.И., Бондаренко В.М., Макаренко Е.В., Окороков А.Н., Сапего Л.Г.,
Кавцевич М.Л., Синаров В.И.***

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В многочисленных исследованиях, проведенных за последние три десятилетия, получены доказательства того, что региональное распределение жировой ткани является ключевым фактором, объясняющим связь между ожирением и кардиометаболическим риском. Ранее было установлено, что избыточное количество висцеральной жировой ткани (ВЖТ) связано со множеством метаболических нарушений. Накопление эктопического жира ассоциировано с инсулинорезистентностью, атерогенной дислипидемией, артериальной гипертензией, нарушением фибринолиза, повышенным риском тромбообразования, и воспалением [1-3]. В ряде исследований была отмечена тесная связь между количеством ВЖТ и уровнем циркулирующего интерлейкина-6, фактора некроза опухоли- α и С-реактивного белка [4, 5]. Существуют доказательства того, что С-реактивный белок может быть биологически активным белком, который может способствовать развитию атеросклероза и атеротромботических событий [1].

Стандартными методами для выявления ожирения являются показатели индекса массы тела (ИМТ) и величина окружности талии (ОТ). Для более точной топической диагностики висцерального ожирения используются визуальные методы диагностики, к которым относится ультразвуковое исследование (УЗИ) [6].

Целью исследования явилось сравнение количества околосердечной ВЖТ у пациентов ИБС и здоровых мужчин.

Материал и методы. Обследовано 59 человек в возрасте от 27 до 60 лет, средний возраст ($M \pm \sigma$) $45,46 \pm 8,90$ лет, в том числе 30 пациентов с ИБС и 29 здоровых мужчин. Участникам исследования проводили антропометрические измерения: определяли величину окружности талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), вес и рост. На основании полученных результатов рассчитывали отношение величины окружности талии к окружности бедер и индекс массы тела (ИМТ). Толщину эпикардального и перикардального ВЖТ определяли при УЗИ, с использованием стандартных методик [7, 8]. В сыворотке крови определяли содержание общего тестостерона (Т), радиоизотопным методом.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с помощью пакета программ Statistica 10,0 (фирма «StatSoft Inc., Okla.», США) методами непараметрической статистики с использованием U-теста Манна-Уитни. Показатели считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [9].

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследований представлены в таблице.

Таблица. Антропометрические и ультразвуковые показатели пациентов с ишемической болезнью сердца и здоровых мужчин

Показатель	Статистический показатель	Группы обследованных пациентов	
		Пациенты с ИБС (n=30)	Здоровые мужчины (n=29)
Возраст	M±σ	47,83±7,85	43,00±9,37
	p	0,068	
Вес	M±σ	89,98±18,75	91,71±13,07
	p	0,430	
Индекс массы тела	M±σ	28,82±5,36	28,44±3,59
	p	0,773	
Окружность талии	M±σ	102,62±15,22	101,00±13,01
	p	0,867	
Отношение окружности талии к окружности бедер	M±σ	0,99±0,08	0,96±0,10
	p	0,197	
Количество общего тестостерона в сыворотке крови	M±σ	4,71±2,28	9,36±17,81
	p	0,045	
Толщина эпикардиальной висцеральной жировой ткани	M±σ	3,83±1,99	2,75±1,51
	p	0,031	
Толщина перикардиальной висцеральной жировой ткани	M±σ	5,64±3,92	3,37±1,82
	p	0,012	
Толщина комплекса интимомедиа слева	M±σ	0,93±0,55	0,59±0,14
	p	<0,001	

Примечание: n – количество пациентов в группе; p – показатель статистической значимости.

Представленные данные свидетельствуют о том, что при отсутствии статистически значимых отличий между группами пациентов с ИБС и здоровых мужчин по таким антропометрическим показателям как вес, ИМТ, возраст, ОТ и отношение окружности талии к окружности бедер достоверно различаются толщина эпикардиальной и перикардиальной ВЖТ, измеренных при УЗИ.

Показатель ИМТ является адекватным методом оценки распространенности ожирения на популяционном уровне, но имеет ограниченное значение в оценке риска возникновения патологических состояний [10]. В то же время, ультразвуковые показатели, позволяющие оценить количество эктопической ВЖТ, могут помочь в прогнозировании риска возникновения и прогрессирования ИБС. Эпикардиальная ВЖТ играет немаловажную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний из-за своей анатомической и функциональной близости к миокарду и своей метаболической активности [11]. Имеются также данные об ассоциации перикардиального жира с наличием кальцифицированных бляшек в коронарных артериях [12].

Следует отметить, что уровень общего тестостерона в сыворотке крови пациентов с ИБС ниже, чем у здоровых мужчин. Существует значительный объем доказательств в отношении того, что дефицит андрогенов способствует развитию и прогрессированию ССЗ. Многочисленными исследованиями установлено, что андрогенный дефицит связан с повышением уровня общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, повышением продукции провоспалительных факторов, увеличением толщины артериальной стенки и способствует эндотелиальной дисфункции [13].

Выводы.

Пациенты с ИБС отличаются от здоровых мужчин увеличенным количеством эпикардиальной и перикардиальной ВЖТ, большей толщиной комплекса интима-медиа слева и меньшим уровнем общего Т в сыворотке крови.

Литература:

1. Despres, J.P. Abdominal obesity and metabolic syndrome / J.P. Despres, I. Lemieux // *Nature*. – 2006. – Vol. 444. – P. 881–887.
2. Visceral obesity and the heart / P. Mathieu [et al.] // *Int. J. Biochem. Cell Biol.* – 2008. – Vol. 40. – P. 821–836.
3. Mathieu, P. Obesity, Inflammation, and Cardiovascular Risk / P. Mathieu, I. Lemieux, J.-P. Després // *Clin Pharmacol Ther.* – 2010. – Vol. 87, № 4. – P. 407–416.
4. Visceral obesity and plasma glucose-insulin homeostasis: contributions of interleukin-6 and tumor necrosis factor-alpha in men / A. Cartier [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2008. – Vol. 93. – P. 1931–38.
5. Postprandial variations of plasma inflammatory markers in abdominally obese men / P. Blackburn [et al.] // *Obesity*. – Vol. 14. – P. 1747–54.
6. Sonographic Assessment of Regional Adiposity / I.S. Vlachos [et al.] // *A.J.R.* – 2007. – Vol. 189. – P. 1545–53.
7. Epicardial fat from echocardiography: a new method for visceral adipose tissue prediction / G. Iacobellis [et al.] // *Obes. Res.* – 2003. – Vol. 11. – P. 304–310.
8. Comparison of epicardial and pericardial fat thickness assessed by echocardiography in African American and non-Hispanic white men: a pilot study / H.J. Willens [et al.] // *Ethn. Dis.* – 2008. – Vol. 18. – P. 311–316.
9. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
10. Tchernof, A. Pathophysiology of Human Visceral Obesity: An Update / A. Tchernof, J.-P. Després // *Physiol. Rev.* – 2013. – Vol. 93. – P. 359–404.
11. Iacobellis, G. Echocardiographic epicardial fat: a review of research and clinical applications / G. Iacobellis, H.J. Willens // *J. Am. Soc. Echocardiogr.* – 2009. – Vol. 22, № 12 – P.1311–19.
12. The association of pericardial fat with calcified coronary plaque / J. Ding [et al.] // *Obesity*. – 2008. – Vol. 16, № 8. – P. 1914–19.
13. The Dark Side of Testosterone Deficiency: III. Cardiovascular Disease / A.M. Traish [et al.] // *J Androl.* 2009. – Vol. 30, N 5. – P. 477–494.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Подолинская Н.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Поражения органов брюшной полости, в том числе и протекающие без спонтанных болевых ощущений, часто возникают и могут осложнять течение ревматоидного артрита (РА). При РА существенно видоизменяется состав микробиоты кишечника, что является одной из причин возникновения воспалительного процесса, [1,2]. Вместе с тем, несмотря на значительный задел фундаментальных исследований, клинические аспекты связи между РА и воспалительными процессами в кишечнике, других органов и тканевых структур абдоминального региона изучены недостаточно. Практически не исследованы с дифференциально-диагностических позиций такие важные клинические проявления поражения кишечника и других органов брюшной полости, как локальный спонтанный и индуцированный пальпаторным исследованием абдоминальный болевой синдром, не разработана методология идентификации в клинических условиях